

NICOLE COELHO DELLA BRUNA

**TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL - ESTUDO
EPIDEMIOLÓGICO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

NICOLE COELHO DELLA BRUNA

**TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL - ESTUDO
EPIDEMIOLÓGICO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Me. Carlos Eduardo Pinheiro

Professora Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila John Marques Steidle

Professora Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Mariângela Pimentel Pincelli

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2011

*Há um mundo lá fora onde tudo é possível,
a diferença entre os que tentam e os que conseguem
é a intensidade com que se desejou alcançar.*

*Nem um caminho é tão longo,
Nem um amor é tão distante,
Nem um sonho é tão impossível.*

Para minha família, **Pai, Mãe, Emílio, Luís Fernando e Gustavo,**
Por me ensinarem que sou do tamanho
dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Emilio** e **Edna**, por há 24 anos estarem incondicionalmente ao meu lado, cuidando, apoiando, ensinando; por serem muito mais que pais; por serem meu exemplo de vida, meu porto seguro; por serem minha certeza sempre, mesmo nas horas mais incertas da vida. Se ao final da jornada, eu tiver sido metade do homem justo e correto que você é, pai e tiver tido metade do seu amor e dedicação incondicional, mãe...terei sido feliz!

Aos meus irmãos, **Emílio** e **Luís Fernando**, por me ensinarem que tudo é possível, que a vida pode ser mais leve e divertida, por serem meus melhores companheiros e minha melhor diversão;

Ao **Gustavo**, meu amor, meu amigo, àquele com quem a vida pode ser dividida, àquele que enche minha vida de felicidade a cada segundo e me faz mais completa, por todos os momentos que esteve comigo, não importando a distância; por toda paciência; por todo amor; por todos os momentos de alegria incomparáveis que tenho ao seu lado;

Às amigas e colegas de pesquisa, **Manuela** e **Rafaella**, por dividirem comigo, não só trabalho, mas também conhecimento de medicina e de vida; por entenderem as dificuldades e tornarem-nas mais fáceis, por fazer esse trabalho possível e completo, dentro das diferenças de cada uma; em especial à **Manu**, por todos os momentos que me tirou da rotina desde 2006, por todos os dias de compras e aulas de estilo, por todo o minucioso carinho, desde lanchinhos nas reuniões até presentinhos inusitados que alegraram os momentos estressantes; e à **Rafa**, por ser minha duplinha, por aguentar o bom e o mau humor, por dividir a maior parte do seu dia comigo;

À **Alessandra**, amiga e *roomate* querida, por ser para mim, exemplo de pessoa e profissional; por ter dividido comigo, um dos melhores momentos da minha; por ter lembrado e me ensinado que a organização nos traz tranquilidade e nos proporciona as melhores oportunidades;

Ao meu sexteto maravilhoso, **Antônio, Caio, Rebeca, Rafaella e Alessandra**, por tornarem meus dias mais alegres, divertidos; por contribuírem, e muito, para uma formação mais humana e completa; por me incentivarem a ser responsável, correta, comprometida, louca, irreverente, eu mesma; por serem meu riso, minha seriedade, minha fofoca, meu estudo, minha tristeza e minha alegria diariamente;

Às Txucas lindas, **Laura, Vanessa, Martina, Greice, Duda, Manuela, Alessandra, Rafaella e Rebeca** pela parceria, pela amizade, pela diversão, pelo carinho, por darem vida e alegria a minha medicina;

À turma **Med061**, por dividirem comigo esse seis anos;

À minha amiga Super Mulher Maravilha, **Isabelle**, por ter me ouvido tantas vezes; por ter me incentivado a continuar; por me entender tão bem e por ser meu suporte em Niterói; obrigada pelas correções de texto e doses de alegria;

À **Letícia, Carol e família Aspen**, por serem *roomates*, irmãos, amigos, por todos os abraços, colos, chocolates e compreensão;

Aos que ajudaram na elaboração do projeto e coleta de dados, pela dedicação e seriedade; especialmente ao **Pedro Mendonça e Rafael Barreto**;

A todos os **funcionários do HU** que participaram dessa pesquisa, que nos receberam e aceitaram colaborar com a nossa formação;

Às professoras, orientadoras e amigas, **Leila e Mariângela** por serem leme e âncora do nosso processo de pesquisa e conhecimento; pelas infindáveis horas dedicadas a esse trabalho e por serem incansáveis em busca de uma formação científica e de qualidade;

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um dos maiores problemas de saúde pública. Conhecer a prevalência de tabagismo e as características dos funcionários tabagistas do HU-UFSC é importante, já que estes profissionais tem papel expressivo no controle dessa epidemia.

Objetivos: Avaliar a prevalência do tabagismo e o perfil de funcionários tabagistas do HU-UFSC.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo transversal, no qual se pesquisou dados demográficos, socioeconômicos, ligados ao perfil tabágico e ao trabalho, através da aplicação de questionários a funcionários do HU.

Resultados: Foram entrevistados 292 profissionais: 44 eram fumantes (15,1%); 55 ex-fumantes (18,8%); 193 não fumantes (66,1%) e 83 tabagistas passivos (28,4%). Os tabagistas tinham em média $43,1 \pm 9,0$ anos e 77,2% eram do sexo feminino. A média da idade de início foi de 18,4 anos; a carga tabágica mediana foi de 12,6 anos-maço; o consumo diário mediano foi de 10 cigarros; 63,6% tinham dependência muito baixa ou baixa. A maioria (79,5%) já havia tentado cessar; 77,3% gostariam de cessar.

Conclusões: Com prevalência de 15,1%, mais baixa do que a da população geral, traçou-se um perfil de tabagistas: maioria feminina, entre 45 e 54 anos, sem união estável, de escolaridade até nível médio, com ocupações de menor especialização e renda familiar mais baixa. Grande parte gostaria de cessar o tabagismo, tinha uma carga tabágica moderada, com dependência muito baixa ou baixa, com tentativas prévias de cessação. Os achados chamam a atenção para a necessidade da criação de um programa de cessação dirigido a esta população de provável sucesso terapêutico.

ABSTRACT

Background: Smoking is a major public health problem. It is important to know the prevalence of smoking and the characteristics of employees smokers at HU-UFSC, since these professionals have significant role in controlling this epidemic.

Objectives: To assess the prevalence of smoking and smoking profile of employees smoking at HU-UFSC.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study using questionnaires applied to HU staff that searched demographic and socioeconomic data related to smoking profile and work.

Results: Two hundred and ninety-two health professionals were interviewed, 44 were smokers (15.1%), 55 former smokers (18.8%), 193 nonsmokers (66.1%) and 83 were passive smokers (28.4%). The mean age of the smokers was 43.1 ± 9.0 years old and 77.2% were female. The median age for starting to smoke was 18.4 years; the median tobacco intake was 12.6 (4.7 to 24.3) pack-years; the median daily intake was 10 (5.2 - 20) cigarettes; 47.7% were very low dependents. Most smokers (79.5%) had already tried to stop smoking before; 77.3% would like to stop.

Conclusions: With a prevalence of 15.1%, lower than the general population, a profile of smokers was found: mostly female, between 45 and 54 years without a stable relationship, with high school education, occupations with less specialization and low family income. Most would like to quit smoking, tobacco intake was moderate, with very low or low dependence, with previous attempts at cessation. The findings call attention to the necessity of creating a cessation program directed to this population of probable treatment success.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
AVE	Acidente Vascular Encefálico;
DF	Distrito Federal - Brasil
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
EUA	Estados Unidos da América
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica;
HU-UFSC	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio;
IMC	Índice de Massa Corporal;
INCA	Instituto Nacional do Câncer;
IQR	Intervalo Interquartilico 25-75%
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde;
PETab	Pesquisa Especial de Tabagismo;
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
EPÍGRAFE.....	iii
DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	v
RESUMO.....	vii
<i>ABSTRACT</i>.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	ix
SUMÁRIO	x
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVO GERAL	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
3 METODOLOGIA.....	8
3.1 Caracterização do estudo	8
3.2 Campo de pesquisa e população estudada	8
3.3 Critérios de inclusão	8
3.4 Critérios de exclusão	9
3.5 Instrumentação e coleta de dados	9
3.6 Análise dos dados.....	10
3.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	11
4 RESULTADOS	12
4.1 Dados demográficos, socioeconômicos e de hábitos de vida	12
4.2 Dados gerais relacionados ao hábito de fumar	17
4.3 Dados relacionados ao trabalho e à cessação do hábito de fumar	18
5 DISCUSSÃO	21
6 CONCLUSÕES.....	28

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
NORMAS ADOTADAS	31
ANEXOS	32
APÊNDICE	35
Ficha de avaliação.....	36

1 INTRODUÇÃO

O tabaco é uma planta nativa das Américas, primeiramente encontrada na região dos Andes, próximo ao Equador e ao Peru. Seus primeiros indícios remontam à chegada dos primeiros habitantes ao continente, há mais de 18 mil anos, porém seu cultivo passou a ser feito por volta de 5000 a.C., sendo a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica* as variedades mais encontradas desde então.¹

Seu uso já era amplamente difundido entre os nativos e, na época das grandes navegações, com a chegada de Cristovão Colombo ao “Novo continente”, o povo europeu passou a ter contato, não só com uma cultura completamente diferente da qual estava habituados, mas também com diversas variedades vegetais. Dentre as novidades, o tabaco gerou curiosidade e ira na sociedade européia. Em tempo de inquisição e revolução iluminista, o uso difundiu-se desde as classes mais humildes até a família real. Foi fortemente coibido pela Igreja que o considerava pecaminoso e condenava os usuários a prisões e castigos maiores. Entretanto, com suas propriedades medicinais cada vez mais ressaltadas, o consumo foi aumentando e ganhando grande prestígio social.¹

Desde os primórdios, o tabaco possuía várias utilizações: era fumado; forma mais utilizada até os dias atuais; aspirado na forma de pó, conhecido como rapé; mastigado; comido; bebido como chá; esmagado e aplicado sobre a pele e também utilizado na forma de soluções oftalmológicas e enemas. Suas funções variavam desde analgésicas e anestésicas, inseticidas em plantações, oferendas aos deuses, até relaxantes e promotoras de prazer.¹

No início do século XIX, o consumo baseava-se na mastigação, aspiração e fumo de cachimbo, quando então, três grandes invenções levaram à popularização do cigarro. A primeira foi a descoberta de um novo método de secagem da folha do tabaco, na Virgínia, EUA, em 1839, que propiciou um sabor mais agradável ao público, se comparado ao obtido anteriormente. A segunda, em 1852, foi a simples invenção de palitos de fósforo mais seguros, o que facilitou o hábito de fumar. E por fim, a invenção da máquina para fabricar cigarros, por James Bonsack, em 1880, que reduziu significativamente os custos de fabricação, que antes combinavam a produção manual e a mecânica.²

Infelizmente, a fumaça do cigarro é mais ácida do que as do cachimbo e charuto e requer não só o contato com a mucosa oral, mas a inalação pulmonar para a efetiva absorção

da nicotina. Esse fato proporciona efeito maior e mais rápido, devido a grande superfície de contato, o que gera maior satisfação e também maior potencial de adicção do cigarro.

Todavia, apesar da produção em grande escala, o mercado consumidor ainda era pequeno e não havia demanda para a indústria cada vez mais forte que se formava. A solução encontrada foi a criação de novas e expressivas estratégias de publicidade, que vendiam ideias de liberdade e prazer, além de angariar o público feminino, até então pouco adepto do cigarro. As campanhas associavam o fumo à independência feminina e aos direitos buscados pelos movimentos feministas da época. Os importantes investimentos em propaganda surtiram efeito e, por décadas, foram a principal arma da indústria do tabaco.

O consumo cresceu vertiginosamente ao longo do tempo e, já no início do século XX, mais de 60% dos homens com mais de 40 anos fumavam.² Esses números só começaram a se reduzir com a emergência de diversos estudos que relatavam os malefícios do tabagismo e com as consequentes ações governamentais que visavam a reduzir os danos públicos do consumo do tabaco.

Os primeiros países a iniciarem programas de controle do tabagismo foram: Noruega, Finlândia, Singapura e Estados Unidos, por volta de 1970, que adotaram estratégias diferenciadas de acordo com sua situação socioeconômica e que incluíam mudanças na legislação, restrições à publicidade, aumentos dos impostos sobre o cigarro, inserção de anúncios de alerta nas embalagens, entre outros.² A partir de 1980, a maioria dos países do mundo já começava a modificar seu modo de ver e lidar com o tabaco, iniciando uma longa jornada no combate a esse mal.

O atual cenário mundial diferencia-se quando se considera os países em desenvolvimento e desenvolvidos, com prevalências, perfis socioeconômicos e políticos, estratégias de combate e resultados bastante diversificados. Essa pluralidade tem sido contemplada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão responsável pela uniformização e centralização das coletas de dados, realização de inúmeras pesquisas a respeito do assunto e criação de protocolos e campanhas, que impulsionam o controle e a prevenção do tabagismo no mundo.

A OMS estima que existam hoje mais de 1,2 bilhões de fumantes no mundo.³ No século XX mais de 100 milhões de pessoas morreram devido ao tabagismo, o que corresponde a uma morte a cada seis segundos, com um total de mais de cinco milhões de mortes ao ano.³ No século XXI, esse número pode chegar a mais de um bilhão.

O tabagismo hoje é considerado a maior causa isolada evitável de mortes no mundo. É relacionado a diversas afecções, entre as quais pode-se destacar o câncer de pulmão, a doença

pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e as doenças cardiovasculares, além de ser fator de risco para seis das oito principais causas mundiais de mortes. Um a cada dois fumantes morre por uma doença relacionada ao tabaco. Somado aos danos diretos, o tabagismo passivo é responsável por mais 600.000 mortes ao ano, uma vez que não existem níveis seguros de exposição à fumaça do cigarro.⁴

No ano de 2008, essa epidemia matou no mundo mais do que a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), a tuberculose e a malária conjuntamente. Em 2005, o hábito tabágico foi responsável por 14% das sete milhões de mortes por doença cardíaca isquêmica, 10% entre as cinco milhões por doenças cerebrovasculares, aproximadamente 50% das três milhões causadas por doenças pulmonares obstrutivas crônicas e mais de 80% dos óbitos por câncer de pulmão, traqueia e brônquios. Tudo isso adicionado a mais quase dois milhões de mortes, decorrentes de diversas outras doenças relacionadas ao fumo.³

Outro fator relevante e que vem sendo bastante abordado pelos órgãos de saúde são os efeitos prejudiciais da fumaça liberada pelo cigarro que gera o que chamamos de tabagismo passivo e afeta a todos os que convivem com o tabagista: familiares, crianças, colegas de trabalho ou pacientes nos serviços de saúde.

Estima-se que, globalmente, um terço da população adulta⁴ e 40% das crianças⁵ sejam expostos ao tabagismo passivo. Na União Européia, dados indicam que a exposição domiciliar é responsável por 72.100 mortes ao ano e, quando se considera o ambiente de trabalho, são mais de 7.600 mortes.⁶

Já existem evidências suficientes que apontam o tabagismo passivo como causa de doenças do ouvido médio, irritação nasal, sintomas respiratórios, comprometimento da função pulmonar, doenças das vias aéreas inferiores, síndrome de morte súbita na infância, doenças coronarianas, câncer de pulmão e redução da fertilidade feminina. Existem também evidências que sugerem a relação entre tabagismo passivo e tumores cerebrais, linfoma, acidente vascular encefálico (AVE), câncer de mama, leucemia, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, parto prematuro e aterosclerose.⁷

É importante ressaltar que as pessoas que sofrem esses danos, muitas vezes, nunca tiveram um único contato voluntário com o cigarro e, pelo convívio social, acabam por arriscar sua saúde e integridade física. O problema fica ainda maior quando se trata de crianças expostas dentro de casa ou mesmo antes do nascimento: estas ficam sujeitas a cargas crescentes e contínuas de fumaça, o que gera doenças crônicas e agudas de repetição, com comprometimento do crescimento e desenvolvimento.

Com o objetivo de assegurar a todos um ambiente saudável, livre de agentes tóxicos, reduzir a morbimortalidade e os gastos públicos com o tabaco, a OMS e uma infinidade de agências de saúde, em torno do mundo, vêm desenvolvendo campanhas e programas de prevenção, controle e cessação do tabagismo.

Através da convenção-quadro e suas recomendações para o controle do tabaco, instrumento legal sob forma de um tratado internacional, no qual os países signatários concordam em empreender esforços para alcançar objetivos definidos previamente,³ a OMS fornece subsídios e apoio para que cada país instale, no seu território, medidas de prevenção e controle do tabagismo. Essas medidas baseiam-se no programa chamado MPOWER, que tem como base seis ações referentes à monitorização estatística; à implementação de ambientes livres de cigarro, por meio da criação de legislação específica; às consequências do tabagismo, presentes nas embalagens de cigarro; à proibição de anúncios publicitários das indústrias fumíferas e ao aumento da taxaço sobre os produtos derivados do tabaco.

O Brasil assinou a convenção-quadro, em 2003, e a ratificou em 2005, o que fortaleceu o combate já existente à epidemia do tabagismo, criando um programa consistente e cada vez mais forte, envolvendo políticas nacionais e locais.

As estatísticas brasileiras que temos hoje são decorrentes de dois levantamentos importantes, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O Ministério da Saúde, em 2006, implantou um sistema chamado VIGITEL que monitora uma série de fatores de risco à saúde, entre os quais o uso do tabaco pela população. Já o IBGE, em parceria com o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA), da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) realizou, em caráter especial, uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em 2008, a Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab, dados esses utilizados pela OMS para a monitorização do consumo no país.

O PETab incluiu 51 011 domicílios e, em cada um deles, uma pessoa com 15 anos ou mais, fumante, ex-fumante ou não fumante, foi selecionada para responder a um questionário. Os resultados mostraram que são usuários correntes de produtos derivados de tabaco 25 milhões das pessoas (17,5%) de 15 anos ou mais de idade. Entre os homens o percentual de uso era de 21,6% e entre as mulheres 13,1%. A porcentagem mais elevada de usuários está na Região Sul (19,0%) e os menores no Sudeste e Centro-Oeste (16,9%, em ambas as regiões). Destaque-se, no entanto, que em termos de contingente de fumantes, o do Sudeste é o maior: 10,5 milhões de pessoas. As parcelas de homens usuários de tabaco foram, no Brasil e em

todas as regiões, maiores que as das mulheres, aproximando-se do dobro no Norte e no Nordeste.⁸

O VIGITEL, também em 2008, avaliou a população adulta, com mais de 18 anos de idade, residente nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevista telefônica. O trabalho final mostrou números pouco diferentes do PETab, com uma frequência de fumantes de 16,1%, sendo também maior no sexo masculino (20,5%) do que no sexo feminino (12,4%).⁹

Diante de tais estatísticas e sabendo-se que, em 1989, a prevalência do tabagismo na população geral no Brasil era de 34,8%,¹⁰ fica evidente a eficácia dos programas de controle e a necessidade de aumentar e consolidar sua abrangência para todo o território nacional. Desde 1988, o Brasil vem implementando, na sua legislação, portarias e leis que restringem o uso do tabaco em ambientes públicos. A primeira portaria, nº 3.257, de 22 de setembro de 1988, recomendava medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho. De 1996, a Lei nº 9.294 de 15 de julho, proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos e de qualquer outro produto fumígeno, derivado do tabaco, em recinto coletivo privado ou público, como: repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas. Permite o tabagismo em fumódromos, ou seja, áreas destinadas exclusivamente ao fumo, devidamente isoladas e com arejamento conveniente. Ações referentes à educação, meios que permitam a cessação, restrições publicitárias e de venda, entre outros, também foram contempladas nos anos seguintes.

Em agosto de 2009, entrou em vigor, no estado de São Paulo, uma nova lei, que elimina os “fumódromos” e restringe o fumo em locais fechados, sendo a primeira capital brasileira a adotar tal política. A nova lei protege a população exposta ao tabagismo passivo, de forma geral, constituindo um grande avanço no âmbito das políticas preventivas de saúde. Santa Catarina seguiu o exemplo de São Paulo e no dia 25 de março de 2010 entrou em vigor a Lei nº 8042/09, que restringe o consumo de cigarro em Florianópolis. Esta lei prevê que ninguém pode fumar em espaços coletivos da cidade e que os estabelecimentos comerciais que possuam um espaço exclusivo para fumantes, o façam sem que haja comunicação com o restante do ambiente e estabelece, também, que os infratores estão sujeitos às penalidades previstas na lei.

Todavia, de nada adiantam leis que restrinjam o consumo e o contato da população com o fumo, se não existir uma rede de suporte que permita aos tabagistas parar de fumar. A motivação é o fator essencial para iniciar esse processo, porém, na maioria das vezes, uma abordagem incentivadora por um profissional de saúde e um seguimento que se adeque a cada

caso são os principais facilitadores do êxito na cessação. Para que isso seja possível, os trabalhadores da área de saúde precisam estar preparados e devidamente instruídos para fazer uma abordagem correta de todos os usuários, sejam aqueles que já expressam a vontade de parar, ou os que nunca pensaram sobre o assunto.

Mas, como teremos profissionais dispostos e habilitados para tal, se grande porcentagem deles faz parte do grupo de fumantes? Uma pesquisa realizada em Brasília, com 446 dentistas, em 2004, mostrou que 22% eram fumantes regulares e 15% fumantes ocasionais.¹¹ Uma prevalência ainda mais alta que a encontrada na população geral. Outro estudo, realizado na Sérvia, com 137 trabalhadores fumantes de um hospital, evidenciou que 59% deles já tentaram, anteriormente, parar de fumar e falharam.¹² Esses dados demonstram um pouco do problema enfrentado: mesmo aqueles que estão cientes dos danos causados por esse hábito, continuam fumando e, quando tentam, não conseguem parar. Porém, poucas são as informações encontradas na literatura a respeito do profissional de saúde e o tabagismo.

O fumo no ambiente de trabalho também traz consigo muitas consequências, cria-se o hábito de fazer pausas para fumar, relacionando esse momento com o lazer e incentivando os tabagistas a fumar mais vezes, mesmo quando não o fariam. Intervalos assim diminuem a produtividade e geram custos adicionais para a instituição. Além disso, na maioria das vezes, essa prática é realizada em locais inadequados, expondo ao risco todos os colegas e pacientes. Como já citado acima, o contato no meio laboral é responsável por mais de 10% das mortes por tabagismo passivo.

Tendo em vista a escassez de informações que associem os profissionais da saúde e o hábito tabágico e a inegável importância dessa relação e suas consequências para a saúde pública, o presente trabalho pretende avaliar a prevalência e o perfil epidemiológico dos funcionários do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC) com relação ao tabagismo, bem como as relações deste com o trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar a prevalência de tabagismo entre os funcionários do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC).

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1. Descrever o perfil dos funcionários tabagistas do HU-UFSC quanto às características demográficas, socioeconômicas e hábitos de vida;

2.2.2. Investigar diferenças acerca das características demográficas, socioeconômicas e hábitos de vida entre os fumantes, ex-fumantes e os não fumantes.

2.2.3. Avaliar as características gerais relacionadas ao tabagismo, como: idade de início; carga tabágica, grau de dependência à nicotina e motivação para cessação do hábito de fumar.

2.2.4. Avaliar a presença de sintomas respiratórios, comparando-os aos ex-tabagistas.

2.2.5. Avaliar os dados relacionados ao trabalho: tabagismo durante o horário de trabalho, opinião sobre um fumódromo no hospital e tabagismo passivo.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do Estudo:

Realizou-se um estudo observacional com delineamento transversal por amostragem. A população estudada foi composta por funcionários (fumantes, ex-fumantes e não fumantes) do Hospital Universitário da UFSC.

3.2 Campo de Pesquisa e População Estudada:

De acordo com informações do departamento de Recursos Humanos da instituição, cerca de 1500 funcionários estavam vinculados oficialmente ao HU em 2009. O Hospital é constituído por funcionários concursados, contratados e terceirizados que atuam em diversas áreas de atenção à saúde e em setores administrativos. Uma amostra satisfatória de 282 funcionários foi calculada, com margem de erro quatro pontos percentuais e intervalo de confiança de 95%, para detectar a prevalência de tabagismo estimada em 17,5% nesta população.¹³ Neste contexto, para a seleção da amostra, foi realizado um sorteio de aproximadamente 500 funcionários, divididos proporcionalmente nos diversos setores (1:3), a partir de uma lista fornecida pelo setor de recursos humanos. Desta forma uma amostragem sistemática aleatória foi realizada, acima do valor estimado como representativo da população.

3.3 Critérios de Inclusão:

Para a inclusão dos funcionários na pesquisa, os critérios adotados foram os seguintes: estar regularmente trabalhando no HU; estar disposto a participar da pesquisa; responder corretamente ao questionário distribuído; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1). Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores nas unidades do HU e o Diretor da Instituição, bem como os responsáveis pelos funcionários terceirizados estavam cientes do desenvolvimento da pesquisa, que obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. (GRUPO FACILITY - cozinha e copa; GRUPO

ADSERVI - radiologia, limpeza, telefonistas, manutenção; LIDERANÇA SERVIÇOS – recepcionistas; TECNOKLIMA AR CONDICIONADO – refrigeração e EMBRASP – vigilância).

3.4 Critérios de Exclusão:

Foram excluídos da pesquisas aqueles que foram procurados pelos pesquisadores por, pelo menos, três vezes e não foram encontrados; aqueles que não estavam trabalhando, devido a: atestado médico, afastamento para perícia, transferência para outro local da UFSC, demissão, aposentadoria ou morte.

3.5 Instrumentação e Coleta de Dados:

A coleta e tabulação dos dados foram realizadas por pesquisadores devidamente treinados. Os pesquisadores visitaram as diversas áreas de trabalho do HU e convidaram os funcionários selecionados. A entrevista foi realizada após explicação detalhada do estudo e após a assinatura do TCLE. O funcionário foi entrevistado em momento adequado sem prejuízo do trabalho, em local reservado, com a garantia de manutenção do sigilo acerca de todas as informações. O instrumento de pesquisa foi um questionário com perguntas fechadas (Anexo 2) composto por sessões discriminadas abaixo. Os indivíduos fumantes responderam a todas as questões e os não fumantes apenas deixaram de responder àquelas relacionadas ao hábito de fumar.

1-Foram consideradas como variáveis demográficas e de hábitos de vida: a idade, o sexo, o estado civil, a cor, o peso, a altura, a quantidade de água ingerida por dia, a prática de atividades físicas e a ingestão de bebidas alcoólicas. Os dados *peso* e *altura* nos permitem calcular o Índice de Massa Corporal – IMC – e classificar em abaixo do peso, peso normal, pré-obesidade, obesidade grau I, obesidade grau II ou obesidade grau III.¹⁴

2-Como variáveis socioeconômicas, incluíram o grau de escolaridade e a renda mensal familiar.

3-Nas características gerais ligadas ao Tabagismo, foram consideradas a classificação do tabagismo, utilizada segundo a OMS: não fumante, fumante ou ex-fumante; que define como fumante: o consumidor de, pelo menos, um cigarro diário por período não inferior a um mês ou aquele que cessou o hábito de fumar há menos de um mês; ex-fumante: abandonou o

cigarro por um espaço de tempo superior a um mês e não fumante: aquele que nunca fumou regularmente. Interesse sobre existência de fumódromo no local de trabalho; presença de outras pessoas que fumam no mesmo ambiente de convívio (casa/trabalho); idade de início; carga tabágica em anos-maço; uso de outros produtos fumíferos; quantos cigarros o entrevistado fuma no horário de trabalho; interesse sobre cessação e motivação de acordo com a classificação de Prochaska e Di Clemente:¹⁵ pré-contemplação, quando o paciente não pretende parar de fumar nos próximos 6 meses; contemplação: pretende parar de fumar dentre os próximos 6 meses; preparação: pretende parar de fumar e já tomou alguma atitude frente à cessação tabágica; ação: indivíduo parou de fumar; manutenção: o indivíduo parou de fumar e mantém-se vigilante para evitar recaídas.

4-A presença de sintomas respiratórios no último ano sem que estivesse associado a quadro gripal: dispnéia, falta de fôlego, dor de garganta, chiado, cansaço ao falar, dor no peito, tosse seca, tosse produtiva, aftas, lesões ou sangramentos na boca.

5-A presença de comorbidades como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, varizes/trombose, gastrite/úlceras, acidente vascular encefálico, bronquite crônica, rinite alérgica, alergia na pele, depressão, lesão ou tumor maligno, problemas cardíacos.

6- A avaliação do grau de dependência à nicotina, foi realizada com a utilização do Teste de Fagerström que estima a dependência de acordo com seis perguntas relacionadas ao hábito de fumar, no qual escores de 0 a 1 correspondem a muito baixo grau de dependência, de 2 a 4 a baixo grau, 5 a 7 a médio grau e maior do que 8 a 10, alto grau de dependência.¹⁶

3.6 Análise dos Dados:

Os dados dos questionários foram digitados, revisados e analisados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17. Os dados dos fumantes e ex-fumantes foram digitados duas vezes com o objetivo de minimizar eventuais erros de digitação. Os dados referentes aos resultados estão apresentados como: número absoluto (n) e porcentual (%). Os dados referentes às variáveis contínuas foram submetidos ao teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliação de sua distribuição. As variáveis contínuas normais foram expressas através de média e desvio-padrão, enquanto as variáveis contínuas não-normais foram apresentadas sob a forma de mediana e intervalo interquartilico 25-75% (IQR 25-75). As diferenças entre as variáveis foram analisadas através dos testes de qui-quadrado, t de Student, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Foi considerado o valor de $p < 0,05$ para significância

estatística. Adicionalmente, avaliou-se o limite de confiança da porcentagem para análise da prevalência do tabagismo em função do sexo.

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa:

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina no dia 30/11/2009, sob o parecer de número 488/09 (Apêndice 1).

Todos os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o TCLE. A pesquisa foi realizada respeitando as normas de pesquisa em seres humanos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

4.1 Dados Demográficos, Socioeconômicos e de Hábitos de Vida:

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2009 a abril de 2011. Foram selecionados para a amostra 561 funcionários em diversos setores e ocupações exercidas no hospital. Dentre eles, 264 não foram entrevistados, porque não estavam trabalhando regularmente, devido a atestado médico, afastamento para perícia, transferência para outro local da UFSC, demissão, aposentadoria ou morte; ou foram procurados por, pelo menos, três vezes pelo pesquisador e não foram encontrados. Outros cinco recusaram-se a responder, somando-se 292 entrevistas realizadas.

Entre os funcionários que responderam, foi encontrada uma prevalência geral de fumantes de 15,1%; 18,8% eram ex-fumantes e mais da metade referiu nunca ter fumado na vida (66,1%) (Figura 1). A prevalência de tabagismo passivo foi de 28,4% (Tabela 1).

O perfil dos funcionários estudados mostrou idade média de 42 anos, sendo 98 homens e quase o dobro de mulheres (n=194). A maioria dos participantes relatava união estável (66,4%) e era de cor branca (82,9%). Em relação à escolaridade, 10,6% eram analfabetos ou possuíam, apenas, o ensino fundamental incompleto ou completo, enquanto um número expressivo de 53,4% possuíam ensino superior ou pós-graduação. A renda familiar geral teve como mediana 9 salários mínimos. Em relação à ocupação, 44% desempenhavam função de nível técnico e administrativo, entre os quais 6,2% trabalhavam no setor administrativo e 38% eram técnicos e auxiliares de enfermagem; 34% tinham ocupação de nível superior, composto por fisioterapeutas (0,3%), psicólogos (0,7%), nutricionistas (1,4%), farmacêuticos (3,8%), enfermeiros (11,3%) e médicos (16,1%); e por fim, 22,3% trabalhavam com serviços gerais e afins (limpeza, vigilância, recepção, manutenção e alimentação) (Figura 2).

Em relação aos hábitos de vida, 53,1% revelaram praticar atividade física regular (realização de qualquer exercício por pelo menos dez minutos seguidos) em uma média de 3,2 vezes por semana e a maioria apresentou IMC normal ou baixo (45,2%). O consumo mediano de bebida alcoólica foi 3 unidades de álcool por semana (cada unidade equivale a aproximadamente 200ml de cerveja ou 25ml de destilados) e o consumo de água foi, em média, de 5,2 copos de 250ml por dia (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas e de hábitos de vida dos funcionários entrevistados

	Total 292 (100)*
Idade (anos)	
18-24	19 (6,5)
25-34	47 (16,1)
35-44	91 (31,2)
45-54	103 (35,3)
55-64	32 (11,0)
Média ± desvio-padrão	42,4 ± 10,1
Sexo (M/F)	
Masculino	98 (33,6)
Feminino	194 (66,4)
Estado Civil	
Solteiro	71 (24,3)
Casado/co-habita/outros	180 (61,6)
Viúvo/divorciado	41 (14,0)
Cor	
Branca	242 (82,9)
Preta/outras	50 (17,1)
Escolaridade[†]	
Analfabeto/EF	31 (10,6)
EMC	105 (36,0)
ES/PG	156 (53,4)
Renda familiar[§]	
<10 SM	146 (50,0)
10 – 20 SM	83 (28,4)
>20 SM	59 (20,2)
Não responderam	4 (1,4)
Mediana (IQR 25 – 75)	9 (6 – 15)
Ocupação	
Nível superior	98 (33,6)
Técnico e administrativo	129 (44,2)
Serviços gerais e afins	65 (22,3)
Atividade física[‡]	
Não praticam	137 (46,9)
Praticam	155 (53,1)
MVS ± desvio-padrão	3,2 ± 1,7
IMC	
Peso normal/baixo	132 (45,2)
Pré-obesidade	109 (37,3)
Obesidade grau I/II/III	49 (16,8)
Ingestão de água[¶]	
MCA ± desvio-padrão	5,2 ± 3,0
Ingestão de Álcool^{**}	
Mediana US (IQR 25 – 75)	3 (1,5 – 7,5)
Tabagismo	
Não fumantes	193 (66,1)
Fumantes	44 (15,1)
Ex-fumantes	55 (18,8)
Tabagismo passivo	
Sim	83 (28,4)
Não	202 (69,2)

* Resultados, expressos em “número absoluto (porcentual)”; † EF (ensino fundamental), EM (ensino médio), ES (ensino superior), PG (pós-graduado); § SM (salário mínimo), IQR (amplitude interquartile); ‡ MVS (média de vezes de atividade física por pelo menos 10min/dia por semana); || IMC (Índice de massa corporal); ¶ MCA (médias de copos de água/dia); ** US (unidades de álcool/semana), IQR (amplitude interquartile).

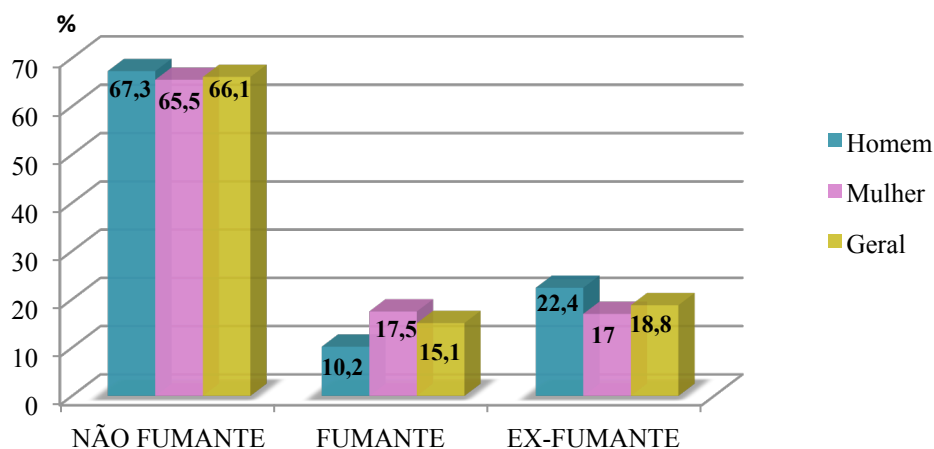


Figura 1 – Porcentual de tabagistas entre os funcionários em geral e por sexo

A população de tabagistas foi composta por 44 funcionários, 34 mulheres (77,2%) e 10 homens (22,7%), sendo que não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) ao se avaliar a distribuição do tabagismo por gênero. A prevalência de tabagismo encontrada entre as mulheres foi de 17,5% (intervalo de confiança de 95% de 12% - 22%) e de 10,2% entre os homens (intervalo de confiança de 95% de 4% - 16%). A maior prevalência entre as mulheres não pode ser considerada, realmente, maior, uma vez que houve sobreposição do limite de confiança de 95% da porcentagem para análise da prevalência do tabagismo, em função do sexo (Figura 1).

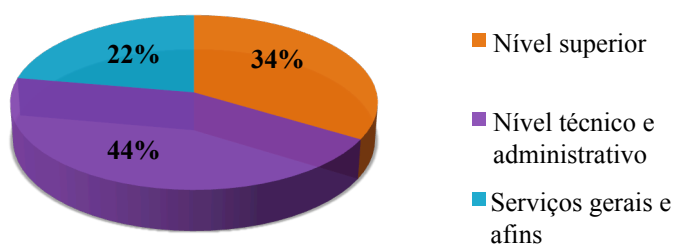


Figura 2 – Porcentagem de funcionários quanto à ocupação

Em relação à idade, houve predominância de tabagistas e ex-tabagistas na faixa etária de 45 a 54 anos, 23/44 tabagistas e 22/55 ex-tabagistas, enquanto que os não fumantes predominaram nas faixas etárias entre 35 e 54 anos ($n=125/193$), sendo significativa a diferença entre a característica tabágica e os grupos etários (Figura 3). A maior prevalência de

tabagismo (22,3%) foi encontrada na faixa etária entre 45 e 54 anos, enquanto que entre os funcionários de 18 a 24 anos, 94,7% não fumavam. Os ex-fumantes apresentaram maior prevalência nas faixas de idade mais avançadas (46,8% entre 55 e 64 anos).

No que diz respeito ao estado civil, 38,6% dos fumantes entrevistados eram casados (n=17/44). Ao se considerar a prevalência tabágica entre casados, solteiros e separados: os divorciados, separados e viúvos mostraram uma prevalência de tabagismo de 29,4%, seguidos pela prevalência de 21,1% entre solteiros e sendo que a prevalência entre o grupo dos casados foi expressivamente mais baixa (9,4%).

Em relação à escolaridade, houve diferença significativa em relação ao tabagismo na distribuição entre os grupos: 20,5% dos fumantes eram analfabetos ou possuíam ensino fundamental incompleto ou completo, 45% possuíam ensino médio incompleto ou completo e 34%, ensino superior ou mais. Porém, a prevalência do tabagismo foi maior entre os entrevistados analfabetos ou com ensino fundamental (29,3%), enquanto entre aqueles com nível superior ou mais, apenas 9,6% fumavam.

Ao considerar, tabagismo e ocupação, 19 dos 44 fumantes eram de nível técnico e administrativo, outros 19 trabalhavam com serviços gerais e afins e apenas seis tabagistas eram de nível superior. Em relação à característica tabágica, houve diferença significativa entre os grupos. Dentre essas ocupações, serviços gerais e afins, mostrou maior prevalência de fumantes de 29,2%, enquanto o nível superior apresentou 80,6% de não fumantes (Tabela 2).

Mais de metade dos fumantes (65,9%) encontrava-se na faixa populacional com renda familiar mensal de menos de 10 salários mínimos e mediana de 7 salários mínimos (Tabela 2), sendo a prevalência do tabagismo nesse grupo de 19,8% (Figura 4). Nas faixas de maior renda, observa-se predominância de não tabagistas (79,6%). A distribuição de renda e o comportamento tabágico foram significantemente diferentes.

Apesar de não haver diferença significativa entre os grupos não-fumante, fumante e ex-fumante, a maior parte dos tabagista (n=25) possui índice de massa corporal normal ou baixo. Apenas 19 tabagistas praticavam atividade física de forma regular e a ingestão mediana de bebida alcoólica nesse grupo foi de 6 unidades de álcool por semana, sendo significativamente maior que nos outros grupos. Entre os expostos ao tabagismo passivo, 34,9% fumavam (Tabela 2).

O grupo dos tabagistas, em relação ao dos nunca tabagistas e ao dos ex-tabagistas, diferiu de forma estatisticamente significativa nos seguintes aspectos: ocupação, idade, estado civil, escolaridade, renda, ingestão de álcool e tabagismo passivo (Tabela 2).

Tabela 2 – Características demográficas, socioeconômicas e hábitos de vida entre fumantes, ex-fumantes e não fumantes

	(n =292)	Não fumantes (n = 193)	Fumantes (n = 44)	Ex-fumantes (n = 55)	Valor <i>p</i>
Idade (anos)					<0,001
18-24	19	18 (9,7)	1 (5,2)	0	
25-34	47	35 (74,4)	9 (19,1)	3 (6,3)	
35-44	91	67 (73,6)	9 (9,8)	15 (16,4)	
45-54	103	58 (56,3)	23 (22,3)	22 (21,3)	
55-64	32	15 (46,8)	2 (6,2)	15 (46,8)	
Média ± desvio-padrão		40,7 ± 10,3	43,1 ± 9,0	48,1 ± 8,2	<0,001
Sexo					0,185
Masculino	98	66 (67,3)	10 (10,2)	22 (22,4)	
Feminino	194	127 (65,4)	34 (17,5)	33 (17,0)	
Estado Civil					<0,001
Solteiro	71	47 (66,2)	15 (21,1)	9 (12,6)	
Casado/co-habita/outros	180	131 (72,7)	17 (9,4)	32 (17,7)	
Viúvo/divorciado	41	15 (36,5)	12 (29,4)	14 (34,1)	
Cor					0,563
Branca	242	162 (66,9)	34 (14,0)	46 (19,0)	
Preta/outras	50	31 (62,0)	10 (20,0)	9 (18,0)	
Escolaridade*					0,001
Analfabeto/EF	31	14 (45,1)	9 (29,3)	8 (25,8)	
EM	105	60 (57,1)	20 (19,0)	25 (23,8)	
ES/PG	156	119 (76,2)	15 (9,6)	22 (14,1)	
Renda familiar†					0,015
Até 10 SM	146	83 (56,8)	29 (19,8)	34 (23,2)	
10-20 SM	83	60 (72,2)	10 (12,0)	13 (15,6)	
>20 SM	59	47 (79,6)	4 (6,7)	8 (13,56)	
Mediana (IQR 25 – 75)		10 (6 -18,5)	7 (5 – 10)	8 (5 – 12)	0,004
Ocupação					<0,001
Nível superior	98	79 (80,6)	6 (6,1)	13 (13,2)	
Nível técnico e administração	129	83 (64,3)	19 (14,7)	27 (20,9)	
Serviços gerais e afins	65	31 (47,6)	19 (29,2)	15 (23,9)	
Atividade Física‡					0,272
Não praticam	136	84 (61,8)	25 (18,3)	27 (19,9)	
Praticam	155	108 (69,6)	19 (12,3)	28 (18,1)	
MVS ± desvio-padrão		3,1 ± 1,6	3,5 ± 2,1	3,4 ± 1,4	0,740
IMC§					0,350
Peso baixo/normal	132	87 (65,9)	25 (18,9)	20 (15,1)	
Pré-obesidade	109	73 (66,9)	12 (11,0)	24 (22,0)	
Obesidade grau I/II/III	49	31 (63,2)	7 (14,2)	11 (22,4)	
Ingestão de água 					0,576
MCD ± desvio-padrão		4,9 ± 2,5	5,5 ± 4,0	5,9 ± 3,7	
Ingestão de Álcool¶					0,016
Mediana US (IQR 25 – 75)		3 (1,5 – 6)	6 (1,5 – 7,5)	5 (2 – 9)	
Tabagismo passivo					<0,001
Sim	83	38 (45,8)	29 (34,9)	16 (19,3)	
Não	209	155 (74,2)	15 (7,2)	39 (18,7)	
Fumódromo					0,958
Sim	136	90 (66,2)	21 (15,4)	25 (18,4)	
Não	152	99 (65,1)	23 (15,1)	30 (19,7)	

Resultados, quando não especificados, expressos em “número absoluto (porcentual em relação ao tabagismo)”; * EF (ensino fundamental incompleto ou completo), EM (ensino médio incompleto ou completo), ES (ensino superior incompleto ou completo), PG (pós-graduado); † SM (salário mínimo), IQR (amplitude interquartil); ‡ MVS (média de vezes de atividade física por pelo menos 10min/dia por semana); § IMC (Índice de massa corporal); || MCA (médias de copos de água/dia); ¶ US (unidades de álcool/semana), IQR (amplitude interquartil).

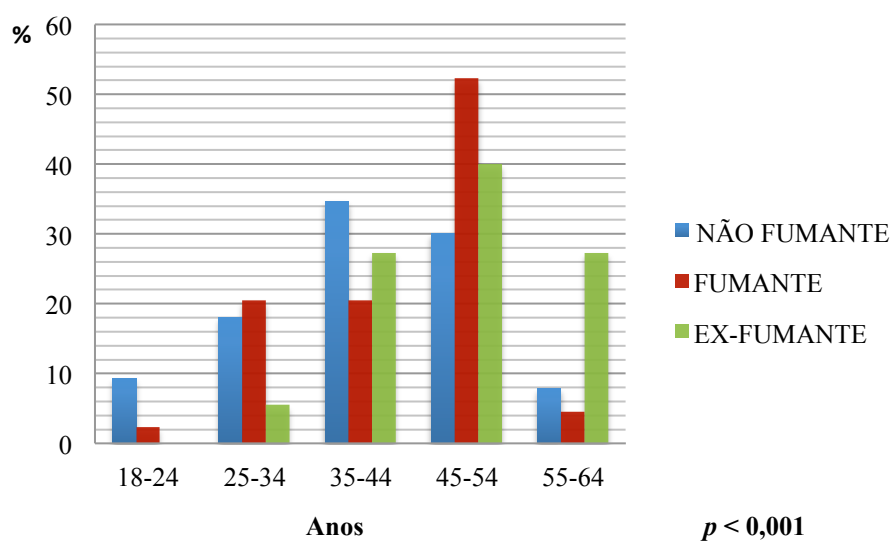


Figura 3 – Porcentagem de funcionários segundo faixa etária

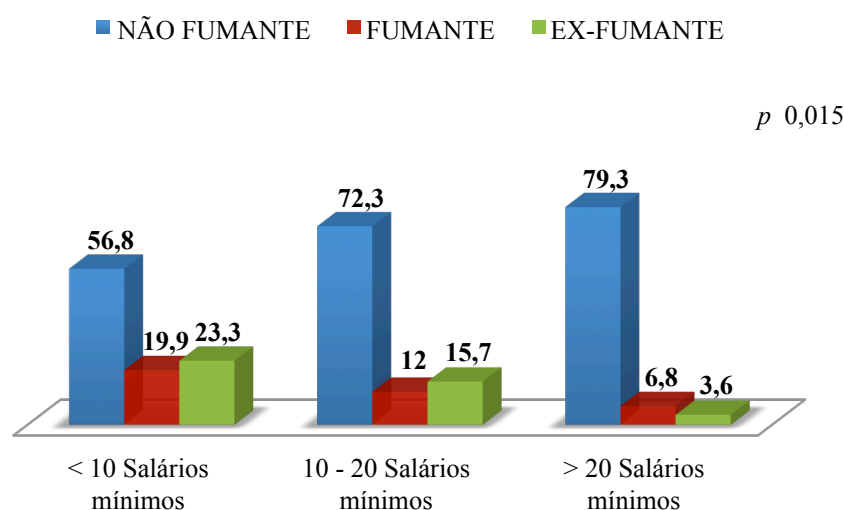


Figura 4 – Prevalência de tabagismo segundo renda familiar

4.2 Dados Gerais Relacionados ao Hábito de Fumar:

O tempo de tabagismo mediano até o momento da entrevista era de 26,5 anos, com carga tabágica mediana de 12,6 anos-maço e consumo diário de uma mediana de dez cigarros. A idade de início média foi de 18,4 anos. Para avaliar o grau de dependência foi utilizado o questionário de Fagerström e observou-se que 63,6% tinham dependência muito baixa ou baixa, 25% média e cinco tabagistas obtiveram grau elevado de dependência (Tabela 3).

Analisando-se a presença de comorbidades existentes, tem-se que 20,5% dos fumantes não apresentavam nenhuma, 29,5% apresentavam uma comorbidade e 50% apresentavam

duas ou mais comorbidades (Tabela 3). As comorbidades mais frequentes foram: gastrite (27,2%), insuficiência arterial/venosa periférica (25%), rinite alérgica (22,7%), HAS e outras (20,4%) e alergia de pele (18,1%), sendo que não houve diferença significativa entre os grupos.

Em relação à presença de sintomas respiratórios no último ano, a minoria (27,3%) não apresentava sintomas, 29,5% apresentavam de 1 a 2 sintomas e 43,2% apresentavam 3 ou mais sintomas (Tabela 3). Os sintomas mais frequentes em ordem decrescente foram: falta de fôlego (52,3%), tosse seca (34,0%), dispnéia e tosse produtiva (29,5%), chiado (27,2%), cansaço ao falar (18,1%), dor de garganta (15,9%), dor no peito (13,6%) e lesão de boca (6,8%). Já entre os ex-fumantes, 45,4% não apresentavam sintomas respiratórios, 34,5% apresentavam de 1 a 2 sintomas e, apenas, 12,7% apresentavam mais de dois (Figura 5). A comparação entre os grupos mostrou-se estatisticamente significativa (Tabela 4).

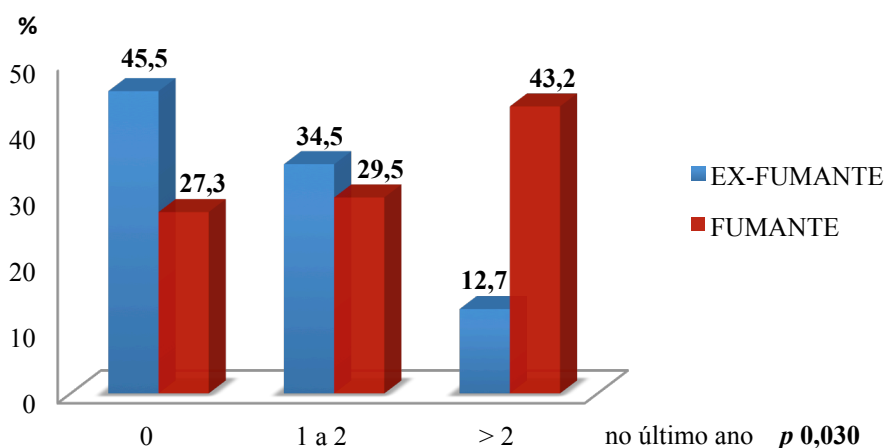


Figura 5 – Porcentagem de sintomas respiratórios na população fumante e ex-fumante

4.3 Dados Relacionados ao Trabalho e à Cessação do Hábito de Fumar:

A análise dos dados referentes ao tabagismo evidenciou que 97,7% usam apenas cigarros industrializados e um único funcionário declarou fazer uso de narguilé. Indagados sobre a vontade de parar de fumar, 77,3% responderam que desejam parar. Sobre as tentativas prévias, 35 (79,6%) deles já haviam tentado parar de fumar sem sucesso, 59,1% tentaram de uma a três vezes e 20,5% mais de três vezes (Tabela 3). Entre os ex-fumantes, 78,2% tentaram de uma a três vezes até conseguir e cessar o hábito tabágico (Tabela 4).

No que se refere ao estágio de motivação de Prochaska e DiClemente, 29 dos 44 fumantes (65,9%) estavam em fase contemplativa, enquanto 25% (11/44) ainda estava na pré-contemplação.

Quando questionados sobre o número de cigarros fumados durante o expediente de trabalho, 90,9% declararam fumar e, entre esses, a média encontrada foi de 4,2 cigarros.

Tabela 3 – Características da população de tabagistas em relação ao hábito de fumar

	Tabagistas 44 (100)*
Idade de início (anos)	
Média ± desvio-padrão	18,4 ± 6,9
Tempo de fumo (anos) †	
Mediana (IQR 25 – 75)	26,5 (12,5 – 32,5)
Cigarros/dia	
Mediana (IQR 25 – 75)	10 (5,2 – 20)
Carga tabágica (anos-maço) †	
Mediana (IQR 25 – 75)	12,6 (4,7 – 24,3)
Outros produtos fumíferos	
Não	43 (97,7)
Narguilé	1 (2,3)
Tentativas prévias	
Nenhuma	8 (18,2)
1-3	26 (59,1)
Mais que 3	9 (20,5)
Não responderam	1 (2,3)
Cigarros no trabalho	
Média ± desvio-padrão	4,2 ± 3,6
Gostaria de parar?	
Sim	34 (77,3)
Não	10 (22,7)
Motivação	
Pré-contemplação	11 (25)
Contemplação	29 (65,9)
Preparação	1 (2,3)
Ação	3 (6,8)
Manutenção	-
Dependência‡	
Muito baixo/ Baixo	21 (47,7) / 7 (15,9)
Médio/ Elevado	11 (25,0) / 5 (11,3)
Comorbidades existentes	
0	9 (20,4)
1	13 (29,5)
>1	22 (50,0)
Sintomas respiratórios	
0	12 (27,2)
1-2	13 (29,5)
>2	19 (43,1)

*Resultados expressos em número absoluto (porcentual)”; † IQR (amplitude interquartile); ‡ De acordo com escore de Fagerström.

Tabela 4 – Características da população de tabagistas e ex-tabagistas

	Tabagistas 44 (100)*	Ex-tabagistas 55 (100)*	Valor <i>p</i>
Idade de início (anos)			0,219
Média ± desvio-padrão	18,4 ± 6,9	17,0 ± 4,0	
Cigarros/dia*			0,076
Mediana (IQR 25 – 75)	10 (5,2 – 20)	15,5 (6,7 – 20)	
Carga tabágica (anos-maço) †			0,944
Mediana (IQR 25 – 75)	12,6 (4,7 – 24,3)	10,8 (6 – 22,1)	
Tentativas prévias			0,009
Nenhuma	8 (18,2)	0	
1-3	26 (59,1)	43 (78,2)	
Mais que 3	9 (20,5)	10 (18,2)	
Não responderam	1 (2,3)	2 (3,6)	
Comorbidades existentes			0,128
0	9 (20,4)	6 (10,9)	
1	13 (29,5)	12 (21,8)	
>1	22 (50,0)	33 (60,0)	
Não responderam	0	4 (7,2)	
Sintomas respiratórios			0,030
0	12 (27,2)	25 (45,4)	
1-2	13 (29,5)	19 (34,5)	
>2	19 (43,1)	7 (12,7)	
Não responderam	0	4 (7,2)	

*Resultados expressos em número absoluto (porcentual)”; † IQR (amplitude interquartile);

5 DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a prevalência de tabagismo e o perfil dos funcionários tabagistas do HU-UFSC. Os resultados demonstraram uma prevalência de tabagismo ativo de 15,1% e de tabagismo passivo de 28,4%. Os funcionários fumantes tinham características marcantes como serem em maioria mulheres, com idade entre 45 e 54 anos, sem união estável, de baixa escolaridade, baixa renda familiar e com ocupações de menor especialização. Quando comparados aos não fumantes e ex-fumantes apresentavam maior consumo de bebidas alcoólicas e maior exposição ao tabagismo passivo. Destaca-se, ainda, que tinham exposição a uma carga tabágica moderada, com dependência muito baixa ou baixa e que iniciaram o tabagismo no final da adolescência, próximo aos 18 anos de idade. Adicionalmente, a maioria dos fumantes expressou vontade de cessar o tabagismo, encontrava-se no estado de motivação contemplativo e ainda grande parte deles relatavam tentativas prévias de descontinuação deste hábito. Vale ressaltar, que quase metade apresentou mais de dois sintomas respiratórios no último ano, não relacionados à gripe ou resfriado. No trabalho, quase todos fumavam em torno de quatro cigarros durante a jornada, e pouco mais da metade gostaria que houvesse um “fumódromo” dentro da instituição.

Apesar de o tabagismo ser a principal causa evitável de morte no mundo e um dos maiores problemas de saúde pública nos dias atuais, não têm sido relatados, de forma especial entre profissionais da saúde, estudos que busquem formas efetivas de compreender e combater esta doença. Infelizmente, são escassas, também, pesquisas que mostrem o comportamento desses profissionais em relação ao tabagismo e sua percepção da importância da cessação. Através dessa pesquisa, que utilizou um questionário amplo que englobou, tanto questões epidemiológicas, quanto às relativas ao hábito tabágico, foi analisado, um número significativo de funcionários desta instituição, estimado de acordo com a prevalência de tabagismo na população de Florianópolis. Além disso, poucos trabalhos¹⁷⁻²⁰ na literatura nacional têm como alvo uma população mais abrangente, como o presente estudo, no qual a prevalência do tabagismo e suas características foram avaliadas entre todos os profissionais da saúde de um único hospital. O trabalho incluiu desde aqueles que prestam assistência indireta a saúde, através da realização de serviços gerais e administração, até aqueles que lidam pessoalmente com o paciente, prestando assistência direta.

O fato de os questionários terem sido aplicados presencialmente, por pesquisadores treinados, contribuiu para a confiabilidade do preenchimento e para que mais funcionários aceitassem respondê-lo, de forma a evitar que os tabagistas desistissem de participar. Entretanto, cinco tabagistas, ainda, se negaram a participar do estudo.

Dentre as dificuldades encontradas na realização do estudo em questão, salienta-se que a lista de funcionários fornecida pelo departamento de recursos humanos do hospital estava desatualizada, fato que dificultou a localização de muitos funcionários e gerou perdas na amostra, devido a falta de registro de demissões, transferências e afastamentos. O sistema de plantões utilizado no hospital, também dificultou que os trabalhadores fossem encontrados no setor, por mudanças de horários e dias de trabalho. No entanto, houve o cuidado metodológico de serem realizadas três tentativas de localização dos funcionários, antes de excluí-los do estudo.

Dois amplos estudos epidemiológicos nacionais avaliaram a prevalência de tabagismo. O VIGITEL realizou 54.353 entrevistas telefônicas nas capitais brasileiras, em 2008, sendo que 2.011 foram realizadas em Florianópolis. Este levantamento avaliou fatores de risco à saúde, incluindo o tabagismo. A prevalência geral de tabagismo, para pessoas acima de 18 anos foi de 15,2%, já na cidade de Florianópolis foi de 17,1%, sendo de 20,1% entre homens e 15,4% entre as mulheres. Ao se comparar os resultados encontrados com os estudos da população geral no Brasil, como o VIGITEL 2008⁹ a prevalência encontrada de 15,1% entre os profissionais da saúde do HU mostrou-se semelhante à da população geral no Brasil e menor que a observada na população de Florianópolis. Outro estudo recente, o PETab,⁸ incluiu 51.011 domicílios nas cinco regiões do país e avaliou, somente, o tabagismo e suas características. As prevalências de tabagismo foram apresentadas por regiões e estados. A prevalência geral, em pessoas acima de 15 anos foi de 17,5%; em Santa Catarina encontrou-se a prevalência de 17,1% (19,4% entre os homens e 14,9% entre as mulheres). Da mesma forma, os resultados de prevalência do trabalho em discussão, se mostraram abaixo dos valores citados pelo PETab.

Vários aspectos poderiam explicar a prevalência de 15,1%. Um deles seria o fato da população estudada estar ligada, direta ou indiretamente, com a área da saúde. Espera-se destes funcionários, uma maior conscientização de preservação da saúde e ciência dos malefícios do tabaco. Outra possibilidade para este fato poderia ser a constatação de tratar-se de uma população predominantemente feminina (66,4%). Vale ressaltar que os valores de prevalência encontrados para a população feminina, tanto no VIGITEL, como no PETab,

foram bastante semelhantes (15,4/14,9%) ao encontrado para a população geral do presente estudo (15,1%).

Ao comparar este trabalho com outros, envolvendo profissionais da saúde, encontra-se uma variedade de estudos que avaliam separadamente médicos, enfermeiros e dentistas, no entanto poucos levantamentos envolveram diversas classes de trabalhadores em um mesmo hospital. Entre 488 médicos e enfermeiros, da cidade do Porto, em 2004, a prevalência de tabagismo mostrada foi de 20,5%,²¹ já em uma pesquisa de 2005, avaliando as características do tabagismo em 830 médicos, no Distrito Federal brasileiro, houve 7,2% de fumantes.²² Um outro estudo em um hospital universitário de Niigata, no Japão, com 490 enfermeiras mostrou que 16% fumavam em 2002.²³ Na literatura citada, o único resultado alinhado com a baixa prevalência encontrada no atual levantamento, foi aquele envolvendo médicos do Distrito Federal, cuja prevalência foi expressivamente mais baixa do que a da população geral. No entanto, o estudo considerou, apenas, um seleto grupo, de escolaridade elevada, alto nível de renda e conhecimento do tabagismo como doença e no qual se esperara uma prevalência muito baixa. O presente trabalho não objetivou estudar, separadamente, as profissões, mas, sim, avaliar o tabagismo com um todo dentro do hospital. Além disso, na amostra, não entrevistou-se número suficiente em cada profissão para que houvesse uma análise significativa.

Dentre os estudos com um desenho semelhante a este em questão, vale citar uma pesquisa realizada no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que avaliou 1.019 funcionários e obteve prevalência tabágica de 21,6%.¹⁷ Destaca-se que estes dados são de 2004 e ainda não foram publicados, apenas apresentados em forma de pôster em um congresso internacional. Uma provável explicação para a mais elevada prevalência na pesquisa de 2004 poderia ser devido a uma maior taxa de tabagistas encontrada há mais de sete anos. Segundo um inquérito realizado pelo Ministério da Saúde em 2002 nas capitais brasileiras, a prevalência de tabagismo era de 25,2% em Porto Alegre.²⁴ Outro estudo, realizado em Juiz de Fora/MG, em 2007, aplicou 266 questionários, com questões objetivas e discursivas, em funcionários de todos os setores de um hospital universitário.¹⁹ A prevalência geral observada, de 16,5% fumantes, foi, também, muito semelhante à do presente estudo. Um estudo publicado em 2011, desenvolvido no Rio Grande do Sul, entrevistou 1.475 funcionários de um hospital universitário evidenciou uma prevalência de tabagismo em torno de 13,6%.²⁰ Estes dados vão ao encontro dos resultados do atual estudo, com prevalências menores do que a população geral.

Dados internacionais provenientes de uma pesquisa realizada em Vitória, na Espanha, em 1997, com 360 funcionários de um hospital e com o objetivo de determinar a prevalência do tabagismo e suas associações, mostrou prevalência tabágica de 36,4% que correspondia a encontrada no país naquela época.¹⁸ Desse modo, infere-se que em nosso meio, apesar de considerada inadequada, a prevalência é menor que a encontrada naquele hospital, menor que a da população geral de Florianópolis, porém, semelhante aos atuais dados referentes a profissionais de saúde do Rio Grande do Sul e de Juiz de Fora/MG, os quais apresentam desenho e população alvo com características comuns a nossa.

A população estudada foi, em sua maioria, feminina, principalmente ao observarmos o setor de enfermagem e de limpeza, o que ocasionou resultados que seguem essa predominância. Ao se analisar a distribuição dos 44 fumantes, 34 eram mulheres e apenas 10 homens. Esta diferença não foi estatisticamente significativa, provavelmente porque o subgrupo dos fumantes foi composto por um n pequeno.

Uma vez que, 34 das 194 mulheres fumavam, a prevalência de tabagismo foi de 17,5%, já entre os homens, a prevalência foi de 10,2% (10 dos 98). Esse dado contraria o encontrado na população brasileira, porém, vai ao encontro da tendência que vem se mostrando, mundialmente, nos últimos anos, de aumento, ou da redução menos acentuada, de sua prevalência em comparação com aquela observada nos homens.²⁵ Tanto se atenta para esse fato, hoje, que o tema da OMS para o Dia Mundial Sem Tabaco de 2010 foi “Gênero e Tabaco com Ênfase na Propaganda Voltada para a Mulher”, com o objetivo de alertar a população e iniciar políticas específicas de combate ao tabagismo para esse segmento populacional.

Este dado característico da população estudada deve ser levado em consideração no futuro, tanto para que uma amostra maior de homens seja selecionada e haja um número significativo para análise estatística, quanto para quando forem criados programas de cessação de tabagismo. De posse desses dados, as estratégias desses programas poderiam ser elaboradas com foco mais direcionado para as funcionárias tabagistas e suas particularidades. A predominância de mulheres na amostra e a maior prevalência tabágica entre elas, também, foi observada no por *Echer et al.*²⁰ que atribuiu o resultado a característica feminina do setor de enfermagem.

A renda familiar dos tabagistas foi mais baixa que a dos grupos de não tabagistas e ex-tabagistas. De acordo com estudos prévios realizados em nosso meio, como o PETab,⁸ também observa-se maior prevalência tabágica entre os grupos de menor renda. Por outro lado, é interessante observar que o valor mediano de 7 salários para uma família é um valor

relativamente alto, que pode ser interpretado como uma população de razoável remuneração ligada a uma instituição federal no sul do Brasil.

No que se refere à escolaridade, a média do número de anos estudados da população geral no sul do país, segundo o IBGE, é de 4 a 8 anos,²⁶ porém entre todos os funcionários pesquisados neste trabalho, 53,4% apresentavam nível superior. Tal fato pode ter influenciado nos valores de prevalência. A relação entre escolaridade e tabagismo, normalmente, seguem uma razão inversa, em que, quanto maior a escolaridade, menor o número de fumantes.⁸ Neste estudo, os tabagistas se mostraram um pouco mais diferenciados, tinham escolaridade até nível médio. Quando se considerou os funcionários de escolaridade de nível superior ou maior, desta amostra, verificou-se a menor porcentagem de tabagismo (9,6%).

A faixa de idade mais encontrada entre os fumantes, assim como a maior prevalência tabágica entre as faixas etárias foi entre 45 e 54 anos, sendo que a média de idade entre eles foi de 43,1 anos. Esse dado corresponde ao encontrado na literatura para a população geral e profissionais da saúde, em que os tabagistas se concentram nas faixas de 40 a 65 anos.^{8,9,11,18,19} No estudo realizado no hospital universitário de Porto Alegre, a média de idade encontrada foi de 44 anos para fumantes.²⁰ Ao se comparar a média de idade dos fumantes desse trabalho, com outros profissionais da saúde fumantes, percebe-se que, como são trabalhadores, em idade ativa, tendem a estar no limiar mais baixo da faixa etária predominante entre fumantes da população geral.

Ao se analisar o estado civil e o número de tabagistas em cada categoria, obteve-se um interessante dado, pouco relatado nos estudos sobre o assunto: a prevalência entre casados ou entre aqueles que possuam uma relação estável foi de somente, 9,4%, enquanto entre solteiros, viúvos e divorciados foi de mais de vinte por cento. *Schmidt et al.*, em seu trabalho, mostrou que ser casado é fator protetor da dependência,²⁷ havendo, nesse campo, um bom objeto para mais estudos.

Encontrou-se, também, ingestão, significativamente, maior de álcool entre os tabagistas que entre os não-tabagistas, corroborando os resultados de Porto Alegre, em 1998, que através de um questionário aplicado em 129 alcoolistas e 129 controles, mostrou maiores taxas de tabagismo entre os alcoolistas.²⁸

No presente estudo, a idade de início foi de 18 anos e a carga tabágica mediana foi de 12,6 anos-maço. Vale ressaltar que quanto mais cedo se inicia o uso do tabaco, maior a dependência e o número de problemas a ela associados. No que diz respeito ao hábito tabágico, a idade de início e o número de cigarros por dia seguem o apresentado para profissionais de saúde em um hospital da Sérvia que entrevistou 96 funcionários fumantes em

2008,¹² bem como nos funcionários dos hospitais universitários no sul do país²⁰ e em Minas Gerais¹⁹ e para dentistas¹¹ nos estudos já citados. Entre todos os profissionais da saúde, a idade de início predominou no final da adolescência e início do ensino superior para aqueles que o cursaram. Esse dado pode ser reflexo do maior grau de escolaridade e instrução que predomina nessa população.

Em relação ao número de tentativas prévias e ao desejo de cessar o tabagismo, mais de metade deles já tentou parar de uma a três vezes e deseja cessar nos próximos seis meses. Segundo o Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante do Ministério da Saúde, na maioria das vezes, são necessárias de três a cinco tentativas prévias para se obter sucesso.²⁹ Além disso, esse resultado condiz com o de outros estudos em que profissionais da saúde, também, desejavam parar em mais de 50% das vezes.^{12,17-20} O grau de dependência tabágica, que pode estar relacionado a falha na cessação³⁰ e maior número de tentativas sem êxito, foi, predominantemente, baixo nesta pesquisa, assim como encontrado em Juiz de Fora/MG.¹⁹

Avaliou-se, também, os sintomas respiratórios apresentados por fumantes e ex-fumantes no último ano, obtendo-se uma diferença significativa entre os grupos. Enquanto 43,1% dos fumantes apresentaram mais de dois sintomas, 45,4% dos ex-fumantes apresentaram nenhum, mostrando uma provável redução dos sintomas após parar de fumar.

A respeito do tabagismo no trabalho, quase todos declararam fumar durante o expediente, uma média de 4,2 cigarros. Uma vez que o número médio de cigarros fumados ao dia foi de 10, quase metade é consumido enquanto trabalham. Na literatura, vê-se, que a grande maioria dos funcionários de hospitais, também, fumava no horário de trabalho.^{18,21} O único trabalho que mostrou que menos de metade fumava durante o expediente foi no Hospital Universitário de Juiz de Fora, exaltando, também, o descumprimento a lei federal que proíbe o fumo em locais públicos e de uso coletivo. Entretanto, o estudo mostra-se inédito ao questionar a quantidade de cigarros fumados.

Quando perguntados sobre a possibilidade de existência ou não de um local específico para fumar no hospital, metade foi a favor. No entanto, na atualidade, esta questão parece não ser tão pertinente, já que se trata de uma instituição de saúde, onde a lei deve ser cumprida além de objetivar um ambiente 100% livre de tabaco, sem margem para este tipo de área reservada.

Em síntese, a presente investigação apresenta o tabagismo como uma questão prevalente, também, entre os profissionais da saúde e ainda pouco abordada pelos estudos. Tais profissionais, apesar de terem formação razoavelmente especializada ou estarem em contato com um ambiente repleto de informações, mantém o hábito ainda e apresentam

algumas características peculiares ligadas ao tabagismo. Além disso, foram encontradas diversas singularidades entre esses funcionários que devem ser lembradas nas próximas pesquisas e estratégias de controle e prevenção do tabagismo. O fato de a maioria dos tabagistas estar disposto a cessar esse hábito, ter uma carga tabágica moderada, com dependência muito baixa ou baixa e registro de tentativas prévias de cessação, também, chama a atenção, evidenciando uma grande oportunidade de criação de um programa de cessação e pronta intervenção. Tais características aliada a um acesso facilitado ao tratamento, contribuiria para maior adesão e sucesso de um futuro programa. Outra possível contribuição do trabalho, é o incentivo a implementação de um ambiente 100% livre de cigarro, o que, apesar da legislação vigente, não ocorre em nossa instituição atualmente.

A prevalência geral de tabagismo de 15,1%, somada a 18,8% de ex-fumantes e 28,4% de tabagismo passivo, entre aqueles que deveriam ser o exemplo e os primeiros a intervir e a conscientizar a população a respeito dos malefícios do tabaco, mostra a necessidade urgente de se atuar no sentido de estimular a cessação e de educar esses profissionais para o controle dessa epidemia.

6 CONCLUSÕES

- 6.1. A prevalência de tabagistas funcionários do HU-UFSC foi de 15,1%, menor que a da população geral e bastante semelhante a dos poucos estudos brasileiros, envolvendo este tipo de população;
- 6.2. Traçou-se um perfil de funcionários tabagistas composto de maioria feminina, entre 45 e 54 anos, sem união estável, de escolaridade até nível médio, com ocupações de menor especialização, renda familiar mais baixa e maior consumo de bebidas alcoólicas dos que os não fumantes e os ex-fumantes;
- 6.3. Grande parte gostaria de cessar o tabagismo, estava em estado contemplativo, iniciou o fumo no final da adolescência, tinha uma carga tabágica moderada, com dependência baixa, além de tentativas prévias de cessação do tabagismo;
- 6.4. A maioria dos tabagistas apresentava mais sintomas respiratórios que os ex-tabagistas;
- 6.5. A prevalência de tabagistas passivos foi expressiva; quase todos fumavam no horário de trabalho, um terço dos cigarros que fumam durante todo o dia e metade gostaria que houvesse fumódromo no hospital;
- 6.6. Os achados no HU-UFSC chamam a atenção para a necessidade da criação de um programa de cessação de tabagismo dirigido para uma população de provável sucesso terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Musk AW, de Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology*. Sep 2003;8(3):286-290.
2. Yach D, Wipfli H. A century of smoke. *Annals of tropical medicine and parasitology*. Jul-Sep 2006;100(5-6):465-479.
3. Organization WH. World Health Organization. Report on the global Tobacco Epidemic 2008: The MPOWER package. 2008; http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. Accessed 13/04/2011.
4. World Health Organization. Report on the global Tobacco Epidemic 2009: implementing smoke-free environments. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf. Accessed 13/04/2011.
5. World Health Organization DoND, Tobacco Free Initiative. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. 1999; http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. Accessed 13/04/2011.
6. Partnership TSF. Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe. 2006; http://www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/Lifting_the_smokescreen_background_note.pdf, accessed 13 mar 2011. Accessed 13/03/2011.
7. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA)2006.
8. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios: tabagismo – 2008 2008. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad_tabagismo.pdf,. Accessed 15/03/2011.
9. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PP, Silva VL. Prevalence of smoking among adults residing in the Federal District of Brasilia and in the state capitals of Brazil, 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia : publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. Feb 2010;36(1):75-83.
10. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bulletin of the World Health Organization*. Jul 2007;85(7):527-534.
11. Rodrigues GA, Galvao V, Viegas CA. Prevalence of smoking among dentists in the Federal District of Brasilia, Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia : publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. May 2008;34(5):288-293.

12. Pesut D, Milovanovic B, Bulajic M, Bozic D. Health care workers smoke as well-- who, how much and why? *Pneumologia*. Jan-Mar 2010;59(1):19-22.
13. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, et al. [Prevalence of risk health behavior among members of private health insurance plans: results from the 2008 national telephone survey Vigitel, Brazil.]. *Ciencia & saude coletiva*. Mar 2011;16(3):2011-2022.
14. WHO. World Health Organization BMI classification. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. Accessed 06/05/2011.
15. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*. Jun 1983;51(3):390-395.
16. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive behaviors*. 1978;3(3-4):235-241.
17. Chiesa D KM, Franciscatto A, Krumel C, Mezzomo KM. Smoking prevalence among healthcare employees. *Chest*. 2004;126(4):867.
18. Arévalo Alonso José Miguel BAFJ. Prevalencia del tabaquismo en los trabajadores de un hospital. *Rev. Esp. Salud Publica* 1997 sep;serial on the Internet. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000500004&lng=en. doi: 10.1590/S1135-57271997000500004. Accessed 07/05/2007.
19. Nazareth CAL SL, Cardoso CB, Campos ENB. Frequência do tabagismo no ambiente hospitalar. *HU Rev*. 2008;34(4):257-262.
20. Echer IC, Correa AP, Lucena Ade F, Ferreira SA, Knorst MM. Prevalence of smoking among employees of a university hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Jan-Feb 2011;19(1):179-186.
21. Rosendo I, Fonseca G, Guedes AR, Martins V. A characterisation of smokers and factors influencing motivation to stop smoking. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Sep-Oct 2009;15(5):783-802.
22. Viegas CA, de Andrade AP, Silvestre Rda S. Characteristics of smoking among physicians in the Federal District of Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia : publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. Feb 2007;33(1):76-80.
23. Sekijima K, Seki N, Suzuki H. Smoking prevalence and attitudes toward tobacco among student and staff nurses in Niigata, Japan. *The Tohoku journal of experimental medicine*. Jul 2005;206(3):187-194.
24. Instituto Nacional de Câncer MdS. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev. 2002; <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>. Accessed 10/05/11.

25. Lombardi EM, Prado GF, Santos Ude P, Fernandes FL. Women and smoking: risks, impacts, and challenges. *Jornal Brasileiro de Pneumologia : publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. Feb 2011;37(1):118-128.
26. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>. Accessed 08/05/11.
27. Schmidt A, Neumann M, Wirtz M, et al. The influence of occupational stress factors on the nicotine dependence: a cross sectional study. *Tobacco induced diseases*. 2010;8(1):6.
28. Chaieb JA, Castellarin C. Smoking associated with alcoholism: introduction to the major human dependencies. *Revista de Saude Publica*. Jun 1998;32(3):246-254.
29. Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA; 2001.
http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/destaques/tratamento_fumo-consenso.pdf. Accessed 10/05/11.
30. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respiratory care*. Sep 2008;53(9):1217-1222.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXO 1



Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Clínica Médica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Manuela Alexandre, Nicole Coelho Della Bruna, Rafaella Daboit Castagna, Pedro Mendonça de Oliveira, acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL”, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Leila Steidle e da Prof^ª. Dr^ª. Mariangela Pimentel Pincelli. Esse estudo que é parte da linha de pesquisa da Liga Acadêmica do Aparelho Respiratório e será parte de Trabalho de Conclusão do referido curso de graduação tem por objetivo descobrir a quantidade e as características de fumantes e ex-fumantes funcionários do HU-UFSC.

Para tanto, solicitamos sua participação nesta pesquisa que será desenvolvida no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Os dados serão coletados através de entrevista com questionário estruturado. Além disso, solicitamos também autorização para realização de radiografias do tórax e avaliação de função pulmonar através de espirometria caso seja fumante ou ex-fumante.

Aqueles que consentirem em participar desta pesquisa, é garantido, a qualquer momento, o esclarecimento sobre a pesquisa e a liberdade de desistir sem qualquer prejuízo, bem como o sigilo de seus dados pessoais

Em caso de dúvida, entrar em contato com Prof^ª. Dr^ª. Leila Steidle pelo telefone (48) 99697962.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa acima e concordo em participar dela voluntariamente.

Florianópolis, _____ de _____ de 2011.

Assinatura: _____ ou impressão digital _____

Nota: Esse documento será assinado em duas vias, ficando uma de posse das pesquisadoras e outra do (a) participante da pesquisa.

Nome por extenso de quem aplicou o TCLE

Data:

Assinatura:

ANEXO 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO – TABAGISMO

(1) QUESTIONÁRIO – Nº _____

(2) Iniciais: _____ (3) Setor do HU: () _____ (4) Ocupação: () _____

DADOS DEMOGRÁFICOS/HÁBITOS DE VIDA

5) Idade (em anos completos).	5)
6) Sexo: 1-Feminino. 2-Masculino.	6)
7) Estado civil: 1-Solteiro. 2-Casado/co-habitando. 3-Viúvo. 4-Separado/divorciado. 5-Outros.	7)
8) Como você define sua cor? 1-Branca. 2-Preta. 3-Parda. 4-Amarela. 5-Indígena.	8)
9) Peso: _____ kg Altura: _____ m Valor do IMC (em Kg/m²): 1-Abaixo do peso (IMC<18,5). 2-Peso normal (18,5-24,9). 3-Pré-obesidade (25,0-29,9). 4-Obesidade grau I (30,0-34,9). 5-Obesidade grau II (35-39,9). 6-Obesidade grau III (=ou>40,0).	9)
10) Quantos copos de água você ingere por dia (copo de requeijão=250ml)?	10)
11) Como é o seu sono? 1-Tranquilo. 2-Agitado. 3-Insônia.	11)
12) Quantas vezes por semana você pratica atividades físicas (por pelo menos 10min seguidos)?	12)
13) Você costuma ingerir bebidas alcoólicas? 1-Não. 2-Sim.	13)
14) Quantas unidades de álcool por semana? 350mL cerveja 1,7U; 50mL uísque 2U; 175mL vinho 1,7U.	14)

SOCIOECONÔMICO

15) Qual seu grau de escolaridade? 1-Analfabeto/Ensino fundamental incompleto. 2-Ensino fundamental completo. 3-Ensino médio completo. 4-Ensino superior incompleto. 5-Ensino superior completo. 6-Mestrado/doutorado.	15)
16) Qual a renda mensal total da sua família (em número de salários mínimos)?	16)

TABAGISMO

17) Você fuma? 1-Não fumante. 2-Fumante. 3-Ex-fumante. Obs.: Fumante: consumidor de, pelo menos, um cigarro diário por período não inferior a um mês ou aquele que cessou o hábito de fumar há menos de um mês. Ex-fumante: abandonou o cigarro por um espaço de tempo superior a um mês.	17)
18) Você gostaria que existisse um fumódromo no seu local de trabalho ou no hospital? 1-Não. 2-Sim.	18)
19) Alguém em sua casa/trabalho fuma na sua presença ou no mesmo local que você frequenta? 1-Não 2-Sim.	19)
20) Com qual idade iniciou?	20)
21) Há quanto tempo fuma (anos)?	21)
22) Há quanto tempo parou (em anos)?	22)
23) Por quantos anos fumou?	23)
24) Quantos cigarros por dia atualmente?	24)
25) Carga tabágica (calcular em anos-maço).	25)
26) Faz uso de algum outro produto fumígeno? 1-Não. 2-Cigarilhas. 3-Charutos. 4-Cachimbo. 5-Cigarro de palha. 6-Narguile. 7-Outras. Quais?	26)
27) Qual a frequência por semana?	27)

28) Quantos cigarros você fuma no horário de trabalho?	28)
29) Você gostaria de parar de fumar? 1-Não. 2-Sim.	29)
30) 1-Pré-contemplação. 2-Contemplação. 3-Preparação. 4-Ação. 5-Manutenção.	30)

SINAIS E SINTOMAS (No último ano, não associados a resfriado ou gripe)

31) Dispnéia. 1-Não. 2-Sim.	31)
32) Falta de fôlego. 1-Não. 2-Sim.	32)
33) Dor de garganta. 1-Não. 2-Sim.	33)
34) Chiado. 1-Não. 2-Sim.	34)
35) Cansaço ao falar. 1-Não. 2-Sim.	35)
36) Dor no peito. 1-Não. 2-Sim.	36)
37) Tosse seca. 1-Não. 2-Sim.	37)
38) Tosse produtiva. 1-Não. 2-Sim.	38)
39) Aftas, lesões ou sangramentos na boca. 1-Não. 2-Sim.	39)

COMORBIDADES

40) Pressão alta. 1-Não. 2-Sim.	40)
41) Diabetes. 1-Não. 2-Sim.	41)
42) Varizes/trombose. 1-Não. 2-Sim.	42)
43) Gastrite, úlceras. 1-Não. 2-Sim.	43)
44) AVE. 1-Não. 2-Sim.	44)
45) Bronquite crônica. 1-Não. 2-Sim.	45)
46) Rinite alérgica? 1-Não. 2-Sim.	46)
47) Alergia na pele? 1-Não. 2-Sim.	47)
48) Depressão? 1-Não. 2-Sim.	48)
49) Alguma lesão ou tumor maligno. 1-Não. 2-Sim. Qual?	49)
50) Problemas cardíacos? 1-Não. 2-Sim. Qual?	50)
51) Outras. 1-Não. 2-Sim. Quais?	51)
52) Asma? 1-Não. 2-Sim.	52)
53) Como foi o diagnóstico? 1-Clínico. 2-Espirométrico.	53)


TESTE DE FAGERSTRÖM

54) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? 0-Depois 60 minutos. 1-Entre 31 e 60 minutos. 2-Entre 6 e 30 minutos. 3- Dentro de 5 minutos.	54)
55) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc? 0-Não. 1-Sim.	55)
56) Qual cigarro do dia que traz mais satisfação? 1-O primeiro da manhã. 0-Outros.	56)
57) Quantos cigarros você fuma por dia? 0-Menos de 10. 1-De 11 a 20. 2-De 21 a 30. 3-Mais de 31.	57)
58) Você fuma mais frequentemente pela manhã? 0-Não. 1-Sim.	58)
59) Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? 0-Não. 1-Sim.	59)
60) Grau de dependência: 1- 0-2 = muito baixo. 2- 3-4 = baixo. 3- 5 = médio. 4- 6-7 = elevado. 5- 8-10 = muito elevado.	60)

Entrevistador:

Data:

APÊNDICE 1

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	
		CERTIFICADO Nº 488	
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.</p>			
APROVADO			
PROCESSO: 488	FR: 304740		
TÍTULO: TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL			
AUTOR: Leila John Marques Steidle, Profa. Mariângela Pincelli, Profa. Eleonora D'Ossi, Manuela Alexandre, Nicole Coelho Della Bruna, Pedro Mendonça de Oliveira, Rafaelia Dabot Castagna		FLORIANÓPOLIS, 30 de Novembro de 2009.	
		_____ Coordenador do CEPSH/UFSC	

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

15 minutos para o aluno;

05 minutos para cada membro da Banca;

05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____